

Bogdan de Barbaro, Barbara Józefik, Lucyna Drożdżowicz

## TERAPIA RODZIN W ZABURZENIACH OSOBOWOŚCI: WĄTPLIWOŚCI I MOŻLIWOŚCI\*

Katedra Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. Jacek Bomba

**personality disorders  
systemic approach  
social constructionism**

*Autorzy przedstawiają perspektywę terapeutów rodzinnych w terapii zaburzeń osobowości ukazując specyfikę podejścia systemowego i związanych z tą perspektywą uwarunkowań epistemologicznych. Nakreślając możliwości i ograniczenia terapii rodzin odwołują się do modelu strategicznego. W oparciu o własne doświadczenia w terapii rodzin z udziałem osób z zaburzoną osobowością, a także przesłanki teoretyczne, autorzy przedstawiają praktyczne trudności i możliwości ich przezwyciężenia.*

Summary: There are many reasons for family therapy of personality disorders to be controversial. The individual diagnosis may be – as seen from the systemic therapist point of view – a non-justified de-contextualization. On the other hand, the interest of systemic therapists in other approaches, including these which have their sources in individual diagnosis, is being observed.

This phenomenon enables to include into the systemic model, not only the narrative approach but also others based on the social constructionism, and these, which appeal to the intrapsychic dimension.

The authors present the practical difficulties and the possibilities of overcoming them, basing on their own experience in family therapy with patients with personality disorders.

### Uwagi wstępne

Na pierwszy rzut oka wydawać się może, że terapia rodzin<sup>1</sup> w zasadzie nie zajmuje się terapią zaburzeń osobowości. Można by więc sądzić, że lepiej jest krytycznie uznać ograniczenia tej metody i nie wkleać w przedsięwzięcie o wątpliwych skutkach. Prawdziwsza jednak jest teza, że terapeuci rodinni mogą w niektórych przypadkach znacznie pomóc osobom z zaburzeniami osobowości<sup>2</sup>. Zanim jednak przedstawimy nasze refleksje na ten temat, niezbędnym jest kilka uwag wstępnych.

---

\* Artykuł jest zmienioną i poszerzoną wersją wystąpienia na konferencji „Zaburzenia osobowości w praktyce klinicznej” zorganizowanej przez Sekcję Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Sekcję Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcję Terapii Rodzin i Sekcję Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Dębie k. Warszawy, 20 października 2007.

<sup>1</sup> W literaturze coraz częściej pojęcie „terapia małżeńska” (terapia par) wyodrębniane jest z szerszej, dawniej powszechnie stosowanej, kategorii „terapia rodzin”.

<sup>2</sup> Jakkolwiek w podręcznikach psychoterapii terapie dla poszczególnych zaburzeń osobowości są na ogół przedstawiane oddzielnie, tu — dla uproszczenia — pomijamy, ważną skądinąd, kwestię rozróżnienia rodzajów zaburzeń osobowości.

### Diagnoza indywidualna: nieuprawniona dekontekstualizacja?

W podręcznikach z zakresu terapii rodzin kategorii odnoszące się do indywidualnej diagnozy pojawiają się rzadko, to bowiem, co w terapii indywidualnej stanowi punkt wyjścia postępowania terapeutycznego (czy to będzie nazwa nozologiczna czy nozograficzna, czy zdefiniowanie indywidualnego problemu w kategoriach konfliktu intrapsychnicznego<sup>3</sup>), z perspektywy terapii rodzinnej jest swego rodzaju dekontekstualizacją (wyrwaniem fragmentu z kontekstu, jakim w tym przypadku jest system rodzinny). Przykładowo, rozpoznanie u pacjenta w ramach podejścia indywidualnego, „osobowości bierno-agresywnej”, z perspektywy systemowej byłoby definicją niepełną (wręcz nieadekwatną), a po uwzględnieniu kontekstu mogłoby się okazać, że w istocie mamy do czynienia z zaburzeniem relacji małżeńskiej, a zachowania bierno-agresywne są jedynie elementem komplementarnego układu małżeńskiego i fragmentem dynamicznego interpersonalnego procesu<sup>4</sup>. Tak więc punktem wyjścia dla terapeuty rodzinnego jest problem określony z perspektywy behawioralnej i interakcyjnej, a nie wynikający z osobowości.

Podejście systemowe odwołujące się do diagnozy systemu rodzinnego z natury rzeczy nie mogło dopracować się odrębnych metod leczenia w poszczególnych jednostkach nozologicznych. Wprawdzie terapeuci rodzinni nie stronili (zwłaszcza w latach siedemdziesiątych XX w.) od podejmowania wyzwań takich, jak leczenie schizofrenii, anoreksji czy chorób somatycznych, ale wynikało to bardziej z wrażliwości na dysfunkcję systemu rodzinnego w tych, definiowanych w języku medycznym, jednostkach chorobowych niż z respektu dla nozologii czy nozografii. Ponadto, w praktyce skoncentrowani na dysfunkcji interpersonalnej, terapeuci rodzinni z przyczyn epistemicznych<sup>5</sup> nie byli nastawieni na podejście indywidualne. Jeśli bowiem obserwacje dotyczyły tego, co się dzieje między ludźmi, a wypowiedzi członków rodziny były traktowane jako komunikaty odnoszące się do relacji, psychopatologia była z natury rzeczy poza siatką poznawczą terapeuty — „znikała” w tym mianowicie sensie, że nie będąc przedmiotem jego zainteresowania, nie mogła być zauważana, ani brana pod uwagę. Np. zachowanie dziwaczne czy wypowiedź urojeniowa były traktowane jako specyficznie skonstruowany komunikat, a nie jako przejaw choroby. Stąd też np. konsultacje rodziny pacjenta hospitalizowanego psychiatrycznie dostarczały ważnej wiedzy o pacjencie i rodzinie, ale nie pogłębiały wiedzy o jego psychopatologii [por. 3]. Kryterium podejmowania terapii nie zależało od tego, jak się nazywała jednostka chorobowa lub osobowość pacjenta, lecz od tego, jak był definiowany problem, z którym zgłaszała się rodzina. Tak więc przyjmowana perspektywa wyznaczała powstający problem, a że był on widziany w kategoriach interpersonalnych, kategorie patologii indywidualnej wtapiały się w niezauważalne tło.

<sup>3</sup> W odniesieniu do klasycznie rozumianej psychopatologii będą tu brane pod uwagę klasyfikacje w rodzaju DSM czy ICD, w odniesieniu zaś do perspektywy psychoanalitycznej — klasyfikacje zawarte w *Psychodynamic diagnostic manual* [1].

<sup>4</sup> W podręcznikach psychoterapii autorzy zwracają uwagę, że „konwencjonalne diagnozy wymieniane w DSM-IV czy ICD-10 nie są użyteczne jako źródło wskazań do terapii rodzin” [2, s. 59].

<sup>5</sup> Za przyczyny epistemiczne uważamy w tym miejscu te, które wynikają z przyjęcia określonej perspektywy poznawczej. Przyjęcie określonej perspektywy wyznacza to, co może być dostrzeżone. Te obserwacje — a zarazem przestroge — terapeuci zawdzięczają konstrukcjonizmowi społecznemu.

Zwracamy na to uwagę, by z jednej strony naświetlić ten interesujący — jak nam się wydaje — specyficzny aspekt epistemologiczny, a z drugiej — by usprawiedliwić fakt, że w odniesieniu do problemu zaznaczonego w tytule, tzn. jak przebiega terapia rodzin w terapii zaburzeń osobowości, perspektywa systemowa nie dopracowała się oryginalnych podejść<sup>6</sup>. Być może jest to słabość czy ograniczenie tej metody, a w każdym razie jej specyfika: pomysły terapeutyczne w niewielkim stopniu są oparte na nozologii czy nozografii indywidualnej<sup>7</sup>.

### Podejście systemowe: od dogmatu do otwarcia

Historia terapii rodzin to ponad 50 lat rozwoju kolejnych szkół. Początkowo teorie stanowiące podstawy modeli terapeutycznych były w znacznym stopniu ortodoksyjne, w tym sensie, że koncentrowały się głównie, a często wyłącznie, na systemie rodzinnym. Odwołując się jedynie do dynamizmów interpersonalnych, lekcewały do pewnego stopnia zjawiska i dynamizmy intrapsychiczne<sup>8</sup>. Takie doktrynalne zamknięcie się na inne koncepcje (w tym przypadku — psychodynamiczne) można uznać za zjawisko naturalne w początkowym okresie rozwoju teorii. W przypadku terapii rodzin dodatkowy wpływ miał fakt, że pionierami tego kierunku byli terapeuci, którzy niegdyś uprawiali psychoanalizę i zniechęcili się do niej za jej niską skuteczność, czasochłonność, a przede wszystkim za nieuwzględnianie realności i siły wpływu kontekstu rodzinnego. Przykładowo, Lyman Wynne był uczniem Friedy Fromm Reichman, a po psychoanalitycznym treningu byli tacy giganci — zarazem pionierzy — terapii rodzin, jak Nathan Ackerman, Murray Bowen, Mara Selvini-Palazzoli, Helm Stierlin czy Paul Watzlawick [za: 9]. Już jako terapeuci rodzinni,

<sup>6</sup> Swego rodzaju wyjątkiem potwierdzającym regułę jest praca Millona z 1999 roku [4], w której autor opisuje częste — jego zdaniem — zestawy osobowości w parach małżeńskich, np. osobowość narcystyczna — osobowość zależna, osobowość kompulsywna — osobowość histrioniczna lub *borderline* czy osobowość agresywna — osobowość zależna. W literaturze polskiej Eda Goldstein w monografii na temat diagnozy i terapii zaburzeń *borderline* poświęca jeden rozdział terapii rodzin, opartej na teorii relacji z obiektem [5].

<sup>7</sup> Wiąże się z tym inne pytanie, bardziej ogólnej natury: czy terapeuta rodzinny może się obyć bez diagnozy, w klasycznym tego słowa rozumieniu? Doświadczenie kliniczne podpowiada, że diagnoza jest niezbędną procedurą, poprzedzającą terapię. W tym też duchu rozumieją proces diagnostyczno-terapeutyczny w terapii rodzin na przykład Robin Skynner [6] czy John Howells [7] postulujący pełną, wielowymiarową diagnozę rodziny, z uwzględnieniem wymiaru indywidualnego poszczególnych członków rodziny. Tymczasem wraz z rozwojem kierunków terapeutycznych opartych na konstrukcjonizmie społecznym kategoria diagnozy nabiera nowego znaczenia, a jej tradycyjny sens zostaje zakwestionowany. Diagnoza przestaje być czymś zamkniętym i odrębnym od terapii. Na podobieństwo odsłaniających się — nowych z sesji na sesję — kurtyn zmienia się w czasie. Przestaje być przyporządkowywaniem dynamicznych zjawisk jakimś nazwom z katalogu medycznego czy innej kategoryzacji. Otwarcie diagnozy ma także swój inny wymiar: poznawanie nie dzieje się li tylko w umyśle diagnosty, lecz jest ciągłym procesem, w którym twórczo i partnersko uczestniczą zarówno terapeuci, jak i pacjenci. Przy takim rozumieniu procesu diagnostycznego kategoria „zaburzenie osobowości” miałaby sens tylko wtedy, gdyby ta nazwa pasowała do osoby, której dotyczy. Musiałaby więc opisywać jakieś jej wewnętrzne doświadczenie, a ponadto być do czegoś użyteczna (na przykład do jakiejś dobrej zmiany). Z tej perspektywy użyteczność tej nazwy staje się wysoce wątpliwa.

<sup>8</sup> Przykładowo, Richard Schwartz, opisując „wejście na terytorium intrapsychiczne” swojej bulimicznej pacjentki, określił swój krok jako naruszenie tabu i przekroczenie niepisanej reguły terapeutów systemowych [8, s. 31].

oczarowani mocą systemu rodzinnego, cyrkularnością zjawisk oraz efektywnością swych interwencji, często popadali w neoficką skrajność i jednostronność, a w konsekwencji to, co było intrapsychiczne, uznawali za mało ważne, przynajmniej w kontekście terapii.

Dziś, kiedy podstawy teoretyczne i praktyka kliniczna terapeutów rodzinnych okrzepły, ortodoksja przestała być konieczna, a docenianie innych teorii i sięganie po obce inspiracje przestało być herezją. Niektórzy współcześni autorzy podręczników terapii rodzin wręcz zachęcają do dokonywania diagnoz dotyczących poszczególnych członków rodziny [por. 10, s. 14], inni — zwłaszcza ci, którzy odwołują się do koncepcji dialogicznego self [11, 12], bez uprzedzeń zagłębiają się w świat intrapsychiczny członków rodziny, jeszcze inni wręcz konstruują modele terapeutyczne będące swoistą syntezą wymiaru intrapsychicznego z wymiarem interpersonalnym [np. 8].

Przykładem może tu być otwarcie wielu terapeutów małżeńskich na podejście Melanii Klein. Z tej perspektywy, procesy identyfikacji projekcyjnej i introjekcyjnej są częścią prawidłowego rozwoju i są obecne we wszystkich związkach [13]. Napięcie w parze może więc być przejawem wewnętrznych intrapsychicznych konfliktów, które są eksternalizowane i odreagowywane w relacji. Zdarza się jednak, że związek dwojga ma charakter masywnej wzajemnej projekcji. W takiej sytuacji terapia par zajmuje się systemem projekcyjnym, a celem pracy staje się wówczas odzyskanie wyprojektowanych na partnera części i zaakceptowanie ich jako własne. Wszakże wtedy pojawia się pytanie, czy pozostajemy jeszcze w paradygmacie systemowym i kto jest naszym pacjentem — poszczególne osoby czy związek? Czy jest to systemowa terapia poszerzona o wymiar intrapsychiczny, czy — terapie indywidualne w obecności partnera związku?

W terapii systemowej zajmujemy się relacją, lecz oczywiście zdolność do bycia w relacji może być istotna również dla terapeuty pracującego z parą. Wówczas ważne jest to, czy terapia ta ma sens, czy jest szansą, by para wydobyła się z obronnego interakcyjnego impasu. Podejście indywidualne, zrozumienie konstrukcji osobowościowych partnerów oraz tego, jak współtworzą one ich aktualność interakcyjną, może być bardzo użyteczne, szczególnie, gdy ma charakter dynamiczny i nie ogranicza się do naznaczania etykietami nozologicznymi. Może być użyteczne poprzez dostrzeżenie interakcji w innym kontekście: kontekście przeszłych zranień, co może być samo w sobie uzdrawiające. Może też być przydatne do rozpoznania takich konfiguracji osobowościowo-interakcyjnych, wobec których terapeuci czują się bezradni, a impas terapeutyczny może wręcz prowadzić do jeszcze większego kryzysu pary.

Dodatkowego impulsu, inspirującego do otwarcia na modele inne niż systemowy, dodaje klimat ponowoczesności, nie tylko przyzwalający na czerpanie z innych źródeł, ale wręcz uznający melanz, wieloobraz i cytat za adekwatny rys realności. W tej sytuacji terapeuci rodinni łatwiej poszerzają swą perspektywę i ją przekraczają. I chociaż kategorie, takie jak „osobowość” czy „zaburzenie osobowości”, wzięte z medycznego dyskursu nadal nie są wiodącymi słowami-kluczami, bywają używane, zwłaszcza wtedy, gdy kryją w sobie przesłanki ważne dla praktyki terapeutycznej. Ujmując problem z tej perspektywy, osobowość stanowi subsystem systemu rodzinnego, a ramą teoretyczną jest ogólna teoria systemów<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Jakkolwiek model, który będzie tu referowany, oparty jest na przesłankach szkoły strategicznej, autorem tego referatu najbliższa jest perspektywa konstrukcjonizmu społecznego. Na użytek niniejszego wywodu oznacza to, że opis procesu rodzinnego — tak jak to będzie miało miejsce poniżej — w kategoriach pętli funkcjonalnych i dysfunkcjonalnych nie jest opisem rzeczywistości,

### **W poszukiwaniu czegoś trwałego, czyli o pojęciu osobowości z perspektywy systemowej**

Problematyka osobowości jest niezwykle złożona, w zróżnicowany sposób podejmowana w ramach poszczególnych podejść i teorii psychologicznych. Dla niniejszych rozważań istotne jest uznanie, że znaczenie pojęcia osobowości zasadza się na przypisywanej mu mocy wyjaśniania i przewidywania zachowań, oraz że osobowość rozumiana jest jako pewne stałe, w miarę niezmiennie jądro. Jakkolwiek wielu terapeutów rodzinnych tezę o owej niezmienności programowo kwestionuje (choćby zwolennicy koncepcji dialogicznego JA czy osobowości interakcyjnej), to niektóre jej elementy są skłonni uznawać za relatywnie niezmiennie. Otóż systemowa terapia rodzin, mimo rezygnacji z pojęcia osobowości, także poszukuje tego, co stałe. Dla terapeuty systemowego słowami-kluczami w tym kontekście są wzorce relacji (*patterns*), powtarzających się sekwencji (zgodnie z często stosowaną metaforą mówimy o „grze” lub „tańcu”), które powiązane są z zachowaniami stanowiącymi problem i/lub wyjaśniającymi „trwanie” problemu. Ta stałość w ramach terapii rodzin może być opisana poprzez odwołanie się do takich pojęć, jak strategię członków rodziny i rodziny jako całości, wzorce narracyjne, wzory przywiązania, wzorce komunikacyjne, z jednoczesnym odwołaniem się do cyrkularnych zależności zachodzących pomiędzy członkami rodziny. W pewnym sensie można je traktować jako ekwiwalenty pojęcia osobowości. Przyjęcie takiego punktu widzenia pozwala z jednej strony na rozumienie dynamicznych procesów w relacjach w rodzinie nuklearnej, z drugiej, poprzez odwołanie się do transgeneracyjnego podejścia, na analizę, w jakim stopniu strategię czy wzorce narracyjne zostały przeniesione przez małżonków ze swoich rodzin pochodzenia do nowego związku.

#### **Trwale (?) wzorce narracyjne**

Perspektywa konstrukcjonistyczna wyraźnie pokazuje, jak opowieści podtrzymywane przez znaczące osoby i system rodzinny stają się tzw. opowieściami dominującymi, konstytuującymi życie osoby [14]. Dla terapeuty rodzinnego fakt ten ma o tyle duże znaczenie, że autor opowieści jest skłonny do jednoczesnego nieświadomego jej potwierdzania poprzez wchodzenie w relację z takimi partnerami, którzy podtrzymują dany wzorec narracyjny (by odwołać się do banalnego przykładu: kobiety z „rodzin przemocowych” często wybierają mężczyzn stosujących przemoc).

W ramach terapii rodzin można analizować nie tylko, w jakim stopniu partnerzy wzajemnie wzmacniają narracje wyniesione z rodzin pochodzenia, ale także, w jakim stopniu narracje te konstruują problemy związku, rodziny, dzieci oraz jakie obszary doświadczeń są pomijane, niewłączane do dominujących opisów.

#### **Trwale (?) wzory dotyczące przywiązania**

Wzory przywiązania dotyczą zjawisk z punktu widzenia rodziny fundamentalnych, takich jak: bliskość, zaufanie, intymność, wspieranie się. Zasymilowana przez systemowe

lecz jedynie swego rodzaju umownym konstruktem, użytecznym w pracy nad uzyskaniem przez rodzinę pożądanej zmiany.

podejście koncepcja Bowlby'ego [za: 15] opisuje znaczenie stałej, stabilnej, pozytywnej więzi pomiędzy opiekunami a dzieckiem we wczesnym okresie jego życia dla tworzenia wzoru przywiązania, dającego poczucie bezpieczeństwa. Zarazem relacje niestabilne, nasycone lękiem, agresją, brakiem opieki, kształtują więź lękowo-unikającą, lękowo-ambiwalentną lub zdeorganizowaną. Warto zauważyć, iż wzory więzi ukształtowane we wczesnym dzieciństwie wpływają na obraz siebie i poczucie kontroli, a powtarzające się interakcje z opiekunem, poprzez procesy internalizacji, kształtują wewnętrzne struktury spostrzegania siebie i świata, czyli wewnętrzne modele operacyjne. Badania pokazują, że wzory przywiązania, mimo możliwości pewnych modyfikacji, odtwarzają się w relacjach znaczących i mogą być cyrkularnie podtrzymywane przez uczestników interakcji.

### **Podejście strategiczne**

Istotą podejścia strategicznego w terapii rodzin jest zidentyfikowanie pętli (a więc sekwencji powtarzających się zachowań), w której jednym z ogniw jest zachowanie dysfunkcyjne, a następnie konstruowanie takiej nowej pętli, która omijałaby owo dysfunkcyjne ogniwo<sup>10</sup>. Przykładowo: na kłótnię rodziców dziecko reaguje niepokojem, a gdy kłótnia trwa — „zachowaniem niegrzecznym”. Zachowanie dziecka powoduje, że rodzice zawieszają kłótnię i zajmują się dzieckiem, a gdy dziecko staje się grzeczne — wracają do kłótni, co sprawia, że dziecko znowu staje się niegrzeczne. Ten uproszczony przykład ilustruje ową charakterystyczną cykliczność, wszakże pamiętać należy, że taki jeden cykl może trwać kilka minut (jak w przytoczonym przykładzie), ale może trwać kilka miesięcy (gdy w tym cyklu rolę kłótni pełnią plany rozwodowe, a ekwiwalentem zachowania niegrzecznego z podanego przykładu jest nawrót psychozy). Jeśli za ogniwo dysfunkcyjne uznać niegrzeczne zachowanie czy nawrót psychozy, to terapeutyczne zadanie wynika z pytania, co musiałoby się stać, żeby do utrzymania homeostazy rodzinnej nie były potrzebne „niegrzeczne zachowania” dziecka czy — tak jak w drugim przypadku — nawrót psychozy. Nie wnikając w szczegółową odpowiedź na to pytanie, dla naszego wyводу ważne jest jedynie to, że konieczna jest zmiana zachowania rodziców. I ten właśnie fakt jest punktem wyjścia określenia możliwości i warunków progowych stosowania tej metody wobec osób z zaburzeniem osobowości.

### **Trudności: słaba motywacja do zmiany**

W odniesieniu do osób z zaburzeniami osobowości pierwszym kluczowym problemem jest ich gotowość do zmiany. Gotowość ta wydawałaby się wynikać z samego zgłoszenia się do terapii, jednak w przypadku terapii rodzinnej czy małżeńskiej — jak się wydaje, bardziej niż w innych jej formach — samo uczestnictwo w terapii jest na ogół częścią gry, której pośrednim celem jest nie tyle doprowadzenie do zmiany, ile wskazanie innych jako winnych zaistniałemu kryzysowi. Poszczególni członkowie rodziny oczekują, że zmieniać się będą pozostałe osoby (w dodatku — najlepiej, żeby stało się to po wydaniu werdyktu przez terapeutę). Nie stanowi to więc dostatecznego punktu wyjścia podjęcia terapii: zadaniem terapeuty (który w pierwszej fazie pełni funkcję konsultanta) jest doprowadzić do przeformułowania „kto winien” na „w czym problem”. Lapidarnie ujmują to terapeuci

<sup>10</sup> Więcej na temat terapii strategicznej patrz np. [16, 17].



mediolańscy, gdy mówią o przejściu z wzorca etycznego (ocenianie) na wzorec estetyczny (szukanie różnic) [18]. Proces ten Fishbane [19] określa jako przejście pary z pozycji ofiar, spostrzegających problem linearnie, do pozycji związku, w którym interakcje spostrzegane są cyrkularnie. Właśnie zdolność do przejścia od związku dwóch odrębnych osób, często pokrzywdzonych i wzajemnie się oskarżających, do etapu, w którym istnieje odpowiedzialność za związek, jest dla terapeutów systemowych ważnym kryterium powodzenia terapii małżeńskiej i może nawet bardziej gwarantuje sukces niż informacje wynikające z diagnozy osobowości.

Ten problem w odniesieniu do osób z zaburzeniami osobowości jest szczególnie istotny, gdyż gotowość do zmiany własnej jest nikła, natomiast oczekiwanie zmiany — zresztą w klimacie oskarżania — jest adresowane do partnera małżeńskiego czy innych członków rodziny. W takiej sytuacji kluczowe jest umiejętne prowadzenie pierwszej lub, w razie konieczności, także następnych konsultacji, których celem jest wypracowanie kontraktu. Właśnie owo wypracowywanie kontraktu jest „wąskim gardłem” sytuacji. Jeśli w trakcie rozmowy nie uda się konsultantowi (ewentualnemu przyszłemu terapeutce tej rodziny) uzyskać warunków progowych, to podejmowanie terapii nie ma sensu. Takim warunkiem progowym wydaje się wstępna — chociażby deklarowana — gotowość do rozumienia i zmiany siebie u każdego z uczestników spotkania. Rzecz jasna, w tym momencie nie sposób jednoznacznie powiedzieć, czy to się uda, ale już sama deklaracja daje terapii ważny atut i pomaga w „wyprowadzaniu rodziny z sali sądowej”.

Z naszego doświadczenia — zarówno w roli terapeutów, jak i superwizorów — wynika, że często popełnianym błędem jest podejmowanie się terapii bez uzyskania dobrego kontraktu. Dobrego, to znaczy takiego, w którym dochodzi do reorientacji z idei zmiany „drugiego” na zmianę „każdego” (z „Ty się zmień” na „Ja też się zmienię”).

### **Szansa: wzmocnienie zmian poprzez sprzężenie**

Wprowadzając w koncepcję strategiczną wspomnieliśmy, że jej cechą charakterystyczną jest identyfikacja dysfunkcjonalnej pętli zachowań. Tworzy to zarazem szansę dla osób z zaburzoną osobowością: o ile w pętli dysfunkcjonalnej destruktywne (dysfunkcjonalne) zachowanie jednej osoby implikuje (powoduje) destruktywne zachowanie następnej itd., o tyle w pętli postulowanej (wprowadzanej drogą terapeutycznych interwencji) korzystne zachowanie jednej osoby prowadzi do korzystnej zmiany zachowania u drugiej osoby, co z kolei może wzmacniać pozytywną zmianę osoby pierwszej itd. Przykładowo: ograniczenie wypowiedzi agresywnych u jednej osoby pociąga za sobą mniejsze wycofanie u drugiej osoby, co najprawdopodobniej zmniejszy zachowania agresywne u osoby pierwszej itd.

Tego rodzaju strategia odwołuje się do zewnętrznych przejawów problemów głębszych i nie jeden terapeuta niestrategiczny może postawić zarzut zawężania terapii jedynie do skutków, a nie do głębszych przyczyn. Terapeuci strategiczni bronią się przed takim zarzutem pragmatyzmu i mówią: naszym zadaniem jest usuwanie zgłaszanego problemu jak najszybciej i jak najtaniej, a nie prowadzenie długotrwałej, kosztownej i niepewnej w skutkach „podróży w głąb”. Rzeczywiście, interwencje terapeutów strategicznych przynoszą nieraz szybkie i spektakularne usunięcie problemu [por. 20], nieraz, zewnętrznie rzecz biorąc, kosztem zaburzonych osobowości członków rodziny. Czy można tu jednak

mówić o terapii osobowości per se? Z jednej strony nie, gdyż adresem interwencji są zachowania czy — używając metaforyki terapeutów strategicznych — taniec rodzinny. Z drugiej jednak strony, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę efekt sprzężenia zwrotnego w „tąncu rodzinnym”, zmiany mogą być znaczne i w znacznym stopniu wpływać na życie rodzinne i życie jednostki. Fakt ten terapeuci strategiczni tłumaczą odwołując się do istnienia w każdym z nas wielu możliwości: zachowujemy się (i wtórnie: przeżywamy) w zależności od kontekstu. Obiecującym i konstruktywnym rozszerzeniem możliwości w obszarze pracy z parami stała się zaproponowana przez Johnson i Whiffen [15] terapia zogniskowana na emocjach (*emotionally focused therapy*). Podejście to, w dużym stopniu osadzone w teorii więzi Johna Bowlby’ego, pozwala na ukazanie wzorców relacyjnych w świetle wczesnodziecięcych emocjonalnych doświadczeń partnerów interakcji. Daje to możliwość nie tylko wzajemnego zrozumienia się partnerów, ale też dzięki temu stanowi grunt do stworzenia takiej nowej więzi partnerów, która jest w stanie z troską uwzględnić i leczyć przeszłe zranienia.

### Co robić w razie impasu?

Nie jest naszym celem zachwalanie podejścia systemowego jako metody „dobrej na wszystko”. Jesteśmy świadomi jej ograniczeń oraz słabych punktów, jak chociażby, najczęściej podnoszone przez krytyków, elementy manipulacji i dyrektywności obecne w terapii strategicznej. Rozważając sposoby ograniczające ryzyko porażki terapeutycznej należy wspomnieć o skądinąd oczywistych metodach, takich jak praca w koterapii oraz o superwizji. Ponadto, w przypadku terapii rodzinnej, w której jeden z uczestników spotkań otrzymał diagnozę zaburzeń osobowości, kwestią kluczową jest odpowiednie zawarcie kontraktu terapeutycznego. Po raz pierwszy ta sytuacja ma miejsce jeszcze przed spotkaniem terapeutycznym, w czasie spotkania wstępnego, konsultacyjnego. To wtedy właśnie jest czas na precyzyjne wynegocjowanie, w jakim stopniu każdy z uczestników terapii jest gotów do szukania dla siebie wersji „dobrej zmiany”<sup>11</sup>, a więc w jakim stopniu jest gotów roboczo zawiesić swoją narrację i szukać takiej, która tworzyłaby możliwość wyjścia z impasu [14]. Jeśli zaś po kilku spotkaniach dochodzi do impasu i okazuje się, że z uwagi na głębokość zaburzeń trudno jest o efektywną terapię rodzin, wyjściem może być renegocjowanie kontraktu. I znów szczególnie ważne jest tu negocjowanie z członkami rodziny ich gotowości do szukania możliwości zmiany. Jak wcześniej wspomniano, na ogół osoby zgłaszające się do terapii rodzinnej lub małżeńskiej nastawione są na to, że zmieniać się będą inni. Renegocjowany kontrakt ma wzmacniać ideę, zgodnie z którą zmiana ma dotyczyć każdego uczestnika terapii. Niekiedy owo negocjowanie, trwające nawet przez kilka spotkań, okazuje się co najmniej tak ważne, jak same spotkania terapeutyczne.

Krokiem wyprowadzającym z impasu może być odwołanie się do terapii indywidualnej jako metody stosowanej równolegle [9, s. 14; 21, s. 322]. Niekiedy terapia indywidualna okazuje się niezbędna, a niekiedy (zwłaszcza wtedy, gdy spotkania rodzinne podnoszą

<sup>11</sup> Pojęcie „dobrej zmiany”, chociaż rzadko używane w publikacjach dotyczących terapii rodzin i chociaż może sprawiać wrażenie niejednoznacznego i mglistego (bo „dobrej” dla kogo?) wydaje się w tym miejscu użyteczne. Przez dobrą zmianę rozumiemy taką, która pozwala opuścić dysfunkcjonalną pętlę na rzecz pętli (sprzężenia) funkcjonalnej.



poziom wzajemnej wrogości) konieczna może być czasowa lub ostateczna rezygnacja z terapii rodzinnej na rzecz terapii indywidualnej.

Do określenia, kiedy terapia małżeńska jest niewskazana, pomocne okazują się kategorie psychoanalityczne. Na ogół uważa się, że terapia małżeńska jest jednoznacznie niewskazana wówczas, gdy partnerzy przejawiają głębokie osobowościowe trudności (problematyka preedypalna, zorganizowanie wokół fałszywego ja, przewaga mechanizmów splittingowych i projekcyjnych identyfikacji) [22]. Osoby takie powinny być kierowane na indywidualną, psychodynamiczną czy psychoanalitycznie zorientowaną psychoterapię. Charakterystyczne jest jednak, że właśnie pary, które mają podstawowe trudności w relacji, na ogół decydują się nie na terapię indywidualną, ale małżeńską, gdyż ten pierwszy rodzaj terapii, w związku z obronami przed głębszymi zmianami, jest dla nich zbyt zagrażający. W takich sytuacjach terapia małżeńska może być terapią z wyboru, jako etap przejściowy, a jej dobrym efektem może być podjęcie w późniejszym czasie terapii indywidualnej — jednego czy obu partnerów.

Inną trudność czy wręcz przeciwwskazanie do terapii systemowej stanowią pary, które wchodząc w fuzję stają się niezdolne do oddzielnej egzystencji. W takiej sytuacji nie ma związku, a jest jedynie iluzja bycia we dwoje. Przykładem mogą być partnerzy, którzy się we wszystkim ze sobą zgadzają. Terapeuci mają wówczas poczucie, jakby spotykali się z jedną osobą, często zmieniającą swoje uczucia i perspektywy widzenia. Takie pary na ogół wywołują silne przeciwprzeniesieniowe reakcje u terapeutów, raczej wciągają i prowokują do odreagowania tych sytuacji niż do rozumienia czy poddania refleksji tego, co się dzieje w terapii.

### **Zmiana: osobowości? zachowania? sprzężeń? wzorca narracyjnego?**

Uaktywnienie nowych rejestrów (dotąd „nie wywołanych” przez kontekst) może być początkiem zmiany utrwalanej w pozytywnych sprzężeniach. W tym sensie „rejestry zaburzonej osobowości” nie są uaktywniane, natomiast do życia są powołane te, które są interakcyjnie funkcjonalne. W zależności od preferencji, terapeuci odwołują się do różnych technik (np. zadanie domowe, paradoks, pozytywne przeformułowanie), które mogą nieraz w krótkim czasie zmienić relacje w rodzinie. Odkrywając nowe zachowanie i nowy sposób bycia rodzina poszerza swą mapę, a poszczególne osoby poszerzają własne osobiste mapy. Nowy repertuar zachowań nie zawiera już zachowań zaburzonych (być może tych, które mogłyby być podstawą rozpoznania „zaburzeń osobowości”). Oczywiście pozostaje wątpliwość, w jakim stopniu odkrycie zasobów, pomagających wyrwać się z toksycznego sprzężenia zwrotnego, to zmiana osobowości i czy dochodzi do zmiany trwałej i głębokiej. Nie rozstrzygając kwestii teoretycznej (dotyczącej „uleczenia” zaburzonej osobowości) możemy odnieść się jedynie do efektów terapii, mierzonych subiektywnym poczuciem zmiany sytuacji rodzinnej przez członków rodziny oraz rozwiązania problemu, będącego pierwotnym powodem podjęcia terapii. Nasze doświadczenie nie jest w tej sprawie jednoznaczne: zdarzają się spektakularne i niespodziewane sukcesy w sytuacjach — wydawałoby się — skazanych na niepowodzenie, zdarzają się też porażki tam, gdzie uzyskanie dobrej zmiany wydaje się na wyciągnięcie ręki. Oczywiście najczęściej mamy do czynienia z sytuacjami mieszczącymi się między tymi biegunami.

Wspomnieliśmy poprzednio, że jako terapeutom rodzinnym najbliższa nam jest perspektywa konstrukcjonizmu społecznego. W tym miejscu właśnie to spojrzenie okazuje się

użyteczne. Oto bowiem istnieje frapująca — od strony teoretycznej i praktycznej — możliwość łączenia elementów podejścia strategicznego ze skądinąd niedyrektywnym modelem opartym na konstrukcjonizmie społecznym. Nie ma tu miejsca na szczegółowe wyjaśnienia i można jedynie wspomnieć, że w takim modelu techniki strategiczne podawane są jako niedyrektywne możliwości, a ich podjęcie lub odrzucenie pozostaje w gestii pacjentów. Co by to oznaczało? O ile — jak pamiętamy — podejście strategiczne zamykało rozumienie procesu rodzinnego w formule pętli  $A \Leftrightarrow B$ , o tyle z jednej strony ogólna teoria systemów, a z drugiej postmodernistyczne otwarcie na wielość teorii i nurtów pozwala sięgać po inne metanarracje, które opisywałyby na przykład to, co się dzieje intrapsychicznie.

Otwarte pozostaje pytanie, co w opisanym procesie ulega zmianie. Jakkolwiek można by powiedzieć, że adresatem zmiany są poszczególne osoby i ich osobowości, z punktu widzenia terapeuty strategicznego zmianie ulegają sprzężenia zwrotne, pętle w systemie rodzinnym, z kolei z punktu widzenia terapeuty narracyjnego zmianie ulegają wzorce narracyjne. Salomonowy wyrok dotyczący tego sporu proponuje podejście konstrukcjonistyczne. Zgodnie z nim przyjęcie tej czy innej odpowiedzi jest w gruncie rzeczy kwestią konwencji językowej. Konwencji o tyle ważnej, że tworzącej opowieści na temat problemu, konwencji o tyle ważnej, o ile przyjęcie tej, a nie innej okazuje się bardziej praktyczne. Ale tylko konwencji.

### Zakończenie

Celem tych refleksji nie był krótki kurs terapii systemowej przeznaczonej dla osób z zaburzoną osobowością. Chcieliśmy się raczej podzielić pewnymi pytaniami i wątpliwościami, a także przedstawić kilka kwestii natury ogólnej, w naszym przekonaniu dotyczących nie tylko wyznawców szkoły systemowej. To mając na uwadze, pragniemy na koniec podkreślić dwie sprawy.

Terapeuci rodzinni z przyczyn wymienionych na wstępie rzadko odwołują się do nazwy „zaburzenie osobowości”. Jeśli w podręcznikach z tego obszaru pojawia się ta kategoria, to raczej w kontekście przeciwwskazań do podejmowania terapii rodzinnej lub dla zasygnalizowania szczególnego rodzaju trudności. Chociaż omawiany problem opisany tu został z perspektywy szkoły strategicznej, terapeuci strategiczni coraz częściej są otwarci na inne perspektywy (np. psychoanalityczną czy narracyjną).

Nabierająca w ostatnich kilkunastu latach coraz większego znaczenia perspektywa konstrukcjonistyczna<sup>12</sup> rzuca istotne światło na niniejsze rozważania. Pozwala uznać, że wybór modelu terapii oraz języka do opisu problemu jest podyktowany względami praktycznymi (wersja optymistyczna: to wybieramy, co skuteczne) lub względami środowiskowymi i tradycją (wersja pesymistyczna: to podejmujemy, co pasuje do ideologii, która nas zawłaszczyła).

### Piśmiennictwo

1. PDM Task Force. Psychodynamic diagnostic manual. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006

<sup>12</sup> Podejście to bywa też niekiedy określane jako „oparte na współpracy językowej” (*language collaboration based models*). Ta nazwa odzwierciedla przekonanie konstrukcjonistów, że rzeczywistość jest uwarunkowana i konstruowana językowo.

2. Bloch S, Hahari E. Family therapy. W: Gabbard GO, Beck JS, Holmes J, red. Oxford textbook of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press; 2005.
3. Rostworowska M, Opoczyńska M, de Barbaro B, Robak J. Znaczenie konsultacji rodzinnej dla diagnozy psychiatrycznej. *Psychiatr. Pol.* 2003; 4: 683–694.
4. Millon T. Personality-guided therapy. New York: Wiley; 1999.
5. Goldstein EG. Zaburzenia z pogranicza. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
6. Skynner ACR. An open-systems, group-analytic approach to family therapy. W: Gurman AS, Kniskern DP, red. Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel; 1981, s. 39–84.
7. Howells JG. Principles of family psychiatry. Kent: Pitman Medical; 1975.
8. Schwartz RC. Internal family systems therapy. New York: The Guilford Press; 1995.
9. Scharff JS, Bagnini C. Object relations couple therapy. W: Gurman AS, Jacobson NS, red. Clinical handbook of couple therapy. Third edition. New York: The Guilford Press; 2002, s. 59–85.
10. Weeks GR, Treat SR. Couples in treatment. Techniques and approaches for effective practice. Second edition. New York: Brunner/Routledge; 2001.
11. Papadopoulos RK, Byng-Hall J. Multiple voices. Narrative in systemic family psychotherapy. London: Karnac; 2002.
12. Hermans HJ, Dimaggio G. The dialogical self in psychotherapy. Hove: Brunner/Routledge; 2004.
13. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
14. White M. Maps of narrative practice. New York: W.W. Norton & Company; 2007.
15. Johnson SM, Whiffen VE. Attachment processes in couple and family therapy. New York: The Guilford Press; 2006.
16. Stanton MD. Strategic approaches to family therapy. W: Gurman AS, Kniskern DP, red. Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel; 1981, s. 361–402.
17. Madanes C. Strategic family therapy. W: Gurman AS, Kniskern DP, red. Handbook of family therapy. Volume II. New York: Brunner/Mazel; 1991, s. 396–416.
18. Cecchin G. Hypothesizing, circularity and neutrality revised: An invitation to curiosity. *Fam. Proc.* 1997; 26: 405–413. Wersja polska: Cecchin G. Stawianie hipotez, cyrkularność i neutralność raz jeszcze: zachęta do ciekawości. W: Cecchin G. Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac. Kraków: Wyd. Collegium Medicum UJ; 1995.
19. Fishbane MD. I, thou, and we: A dialogical approach to couples therapy. *J. Mar. Fam. Ther.* 1998; 4: 41–59.
20. Praszkie R. Zmieniać nie zmieniając. Ekologia problemów rodzinnych. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne; 1992.
21. Bischof GH, Helmeke KB. Couple therapy. W: Hecker LL, Wetchler JL, red. An introduction to marriage and family therapy. New York: The Haworth Press; 2003.
22. Ruszczynski S. Psychotherapy with couples. Second impression. London: Karnac Books; 1994.

Adres: Katedra Psychiatrii UJ CM  
ul. Kopernika 21 A, 31-501 Kraków  
bogdandebbarbo@wp.pl, jozefik@psych.cm-uj.krakow.pl  
lucyna.drozdowicz@uj.edu.pl

## WAŻNY KOMUNIKAT

Przypominamy, że nowy statut Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego przewiduje jedynie zwyczajne członkostwo towarzystwa. Składka roczna wynosząca w 2008 roku 100 pln, obejmuje m.in. koszt dystrybucji Psychiatrii Polskiej i Psychoterapii oraz członkostwo w sekcjach naukowych PTP.

Przypominamy wszystkim osobom, które dotychczas miały status członka nadzwyczajnego z tytułu przynależności do Sekcji Naukowych, o konieczności pilnego złożenia w stosownym oddziale terenowym PTP dokumentów koniecznych do przyjęcia ich jako członków zwyczajnych.

Zarazem informujemy, że Zarząd Sekcji Psychoterapii PTP ustalił datę 1 czerwca 2008 jako ostateczny termin wygaśnięcia statusu członka nadzwyczajnego tej sekcji.